

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de Medicina

**PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E DISFUNÇÃO
EJACULATÓRIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA NA
CIDADE DE ANÁPOLIS (GO)**

Augusto Wagner Santos Nunes

Augusto Markezam Brito Abrahão

Bruno Daniel Pereira

Gabriel Aurélio Camargo e Silva

Gabriel Rodrigues Ala

Anápolis, Goiás

2021

Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA

Curso de medicina

**PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E DISFUNÇÃO
EJACULATÓRIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA NA
CIDADE DE ANÁPOLIS (GO)**

Trabalho de curso de apresentado à disciplina de Iniciação Científica do curso de medicina da Universidade Evangélica de Goiás - UniEVANGÉLICA, sob a orientação Prof. Especialista Diego Antônio Calixto de Pina Gomes Mello.

Anápolis, Goiás

2021

**TRABALHO DE CURSO
PARECER FAVORÁVEL DO ORIENTADOR**

À

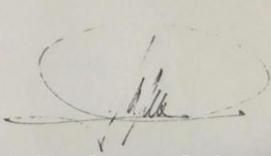
Coordenação de iniciação científica

Faculdade de Medicina – UniEVANGÉLICA

Eu, Professor Orientador Diego Antônio Calixto de Pina Gomes Melo, venho respeitosamente, informar a essa coordenação que os acadêmicos Augusto Wagner Santos Nunes, Augusto Marquezam Brito Abrahão, Bruno Daniel Pereira, Gabriel Aurélio Camargo e Silva, Gabriel Rodrigues Ala, estão com a versão final do trabalho de curso intitulado Prevalência da Disfunção Erétil e Disfunção Ejaculatória em Estudantes de Medicina na Cidade de Anápolis (GO) pronto para ser entregue a esta coordenação.

Declara-se ciência quanto a publicação do referido trabalho, no Repositório Institucional da UniEVANGÉLICA.

Anápolis, 07/11/2021


Professor Orientador

RESUMO

A disfunção sexual é um distúrbio que tem por característica se pronunciar com o avançar da idade e dos fatores sociais e pessoais que envolvem o indivíduo. Dentre as principais disfunções sexuais encontram-se a disfunção erétil (DE) e a ejaculação precoce (EP) sendo estas determinadas por vários fatores predisponentes, como fatores orgânicos e psicológicos. Nesse sentido, espera-se que mesmo os estudantes de medicina, que normalmente representam uma população jovem e saudável, por serem expostos a fatores como o estresse físico, emocional e mental proporcionadas por sua rotina, podem acabar apresentando alterações que, por sua vez, afetam a sua sexualidade. Isso torna-os potenciais vítimas de disfunções sexuais. Esses transtornos sexuais podem impactar negativamente na vida de um estudante universitário, prejudicando sua qualidade de vida e até gerar transtornos mentais. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo identificar a prevalência da disfunção erétil e ejaculação precoce em estudantes do sexo masculino do curso de medicina em Anápolis. Trata-se de um estudo primário, observacional, de prevalência, transversal, descritivo e quantitativo. Como instrumento de coleta de dados foi aplicado o questionário *International Index of Erectile Dysfunction-5* (IIEF-5) aos participantes, que avalia a prevalência da disfunção erétil, e o *Intravaginal ejaculation latency time* (IELT), que qualifica a ejaculação precoce. Ambos os questionários foram aplicados aos alunos do sexo masculino do 1º ao 8º período da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis (GO), sendo que a amostra foi de 120 estudantes. A prevalência obtida foi de 28% de disfunção erétil e 29% de ejaculação precoce, sendo que 21 participantes apresentaram DE leve, 4 DE moderada/leve e 3 DE moderada. Quanto a ejaculação precoce, 3 apresentaram EP primária, 26 EP secundária. O trabalho trouxe novos dados em relação a literatura já existente sobre o tema ao explorarmos uma amostra pouca estudada, mostrando a importância de se desenvolverem mais pesquisas para conhecer melhor sobre a prevalência dessas disfunções nesse contexto.

Palavras-chave: Disfunção erétil; Ejaculação precoce; Estudantes de Medicina.

ABSTRACT

Sexual dysfunction is a disorder that is characterized by increasing age and social and personal factors. The main sexual disorders are erectile dysfunction (ED) and premature ejaculation (PE), which are influenced by organic and psychological factors. In this sense, it is expected that even medical students, who normally represent a young and healthy population, due to factors such as physical and emotional stress provided by their routine, may end up presenting sexual disorders. These can diminish the quality of life of a medical university student, even generating mental illness. The present paper aims to identify the prevalence of erectile and ejaculatory dysfunction in male medical students in Anápolis. This is a primary, observational, prevalence, cross-sectional, descriptive and quantitative study. As a data collecting instrument, the International Index of Erectile Dysfunction-5 (IIEF-5) was applied to the participants, which will assess the prevalence of erectile dysfunction, and the Intravaginal ejaculation latency time (IELT) that qualifies ejaculatory dysfunction. Both questionnaires were applied to male students from the 1st to the 8th period of the Evangelical University of Goiás – UniEVANGÉLICA, Anápolis (GO), with a sample of 120 students. The prevalence was 28% in erectile dysfunction and 29% in premature ejaculation, with 21 participants having mild ED, 4 moderate/mild ED and 3 moderate ED. As for premature ejaculation, 3 had primary PE, 26 secondary PE. The paper brings new information in relation to the existing knowledge on the subject, as we explored a poorly studied sample, showing the importance of developing more research to better understand the prevalence of these disorders in this context.

Keywords: Erectile dysfunction; Premature ejaculation; Medical students.

SUMÁRIO

RESUMO	1
1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	3
2.1.Definição.....	3
2.2.Fisiopatologia.....	4
2.3.Prevalência	8
2.4.Desenvolvimento científico	10
3. OBJETIVOS	12
3.2.Objetivos específicos	12
4. METODOLOGIA	13
4.1.Tipo de estudo	13
4.2.Local da pesquisa	13
4.3.População e amostra	13
4.4.Critérios de inclusão	13
4.5.Critérios de exclusão.....	13
4.6.Coleta de dados	13
4.7.Análise de dados	14
4.8.Aspectos éticos	14
5. RESULTADOS	15
6. DISCUSSÃO	18
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	20
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
9. ANEXOS	24
9.1.ANEXO 1: Questionário IIEF-5	24
FONTE: Site Urologia Hoje.....	24
9.2.ANEXO 2: Base de dados para o questionário IELT	25
9.3.ANEXO 3: Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	26
9.4.ANEXO 4: Parecer do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP)	29
10. APÊNDICE	31
10.1.APÊNDICE 1: Questionário Personalizado de Ejaculação Precoce (IELT	31
10.2.APÊNDICE 2: Cartilha Informativa	32

1. INTRODUÇÃO

A sexualidade humana, de acordo com a Organização Mundial Da Saúde (OMS; 1993) não está apenas relacionada com o aspecto reprodutivo e biológico, mas também interage diretamente com aspectos psicológicos e sociais, sendo então definido como a integração entre elementos somáticos, emocionais, intelectuais e sociais do ser sexual, coordenados principalmente pela inter-relação de três sistemas: o neurológico, o vascular e o endocrinológico. Qualquer alteração em um desses sistemas ou mesmo no âmbito psicossocial pode gerar um descompasso na resposta sexual do indivíduo causando a disfunção sexual.

Independente da sua natureza, a disfunção sexual pode ser uma barreira para a qualidade de vida do indivíduo e pode ser diretamente associada a comorbidades orgânicas e mentais (SMITH *et al.*, 2011). Ela é uma patologia amplamente presente na população. Prova disso é o estudo realizado por Abdo *et al.* (2002) sobre o perfil sexual do brasileiro, que entrevistou 2.835 indivíduos (47% de homens e 53% de mulheres) e apresentou os seguintes resultados sobre a prevalência dos transtornos sexuais – disfunção erétil – 46,2%; ejaculação precoce – 15,8%; falta de desejo sexual – 12,3% e disfunção orgásmica – 10%. Esses distúrbios altamente prevalentes são, no entanto, frequentemente subdiagnosticados e negligenciados, visto a dificuldade de abordagem e aproximação do paciente devido à timidez e resistência ao assunto, o que restringe um melhor tratamento e prognóstico da patologia (MARQUES; GOMES, 2018).

Dentre as disfunções sexuais, duas delas se destacam por sua alta taxa de prevalência e incidência: a disfunção erétil (DE) e a disfunção ejaculatória. Segundo Wespes *et al.* (2002), a disfunção erétil (DE) é a incapacidade contínua em obter e manter uma ereção suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória. Já a disfunção ejaculatória é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993) como a “incapacidade de controle ejaculatório suficiente para ambos os parceiros estarem satisfeitos com o ato sexual”.

Dentre os fatores predisponentes para essas disfunções sexuais, destacam-se os fatores hereditários/genéticos, neurobiológicos, metabólicos/endócrino, urológicos e psicossociais (WESPES *et al.*, 2002). Desse modo, percebe-se que a disfunção sexual se mostra uma patologia multifatorial.

A educação médica é um caminho gratificante para aqueles que desejam se tornar médicos praticantes, contudo, pode transformar-se em um fardo significativo para o bem-estar do acadêmico. Logo, tem havido grande interesse na avaliação do bem-estar psicológico e físico de estudantes de medicina. Regulamentos federais e programas locais foram criados como forma de cuidar da saúde mental e física dos indivíduos em treinamento médico.

Embora essas intervenções tenham sido bem-vindas e, indubitavelmente, levaram a melhorias na qualidade de vida dos alunos, o processo de se tornar um médico certamente é (e continuará sendo) um período exigente que tem inúmeros efeitos em outras esferas da vida de um indivíduo (SHINDEL *et al.*, 2010).

A incidência de disfunção sexual na população masculina aos 21 anos (média do curso de medicina) varia com a literatura. Em relação à disfunção erétil (patologia mais comum no sexo masculino) a incidência relatada é de 7% (LAUMANN *et al.*, 1999) a 12,8% (PARAZZINI *et al.*, 2000).

Quanto a incidência de disfunção ejaculatória, e mais especificamente a prematura, foram encontrados valores de 30% (DEROUGATIS *et al.*, 2007), (LAUMANN *et al.*, 1999).

É sabido que alguns desses distúrbios sexuais são relacionados à idade, sendo que a prevalência aumenta proporcionalmente com o avanço da idade (KÖHLER; MCVARY, 2016). Entretanto, mesmo que os estudantes de medicina normalmente representem uma população jovem e saudável, a tensão física, emocional e mental, proporcionadas por sua rotina, podem afetar negativamente sua sexualidade (PEIXOTO *et al.*, 2016). Baseado nessa premissa, o presente trabalho tem por objetivo identificar e avaliar a prevalência da disfunção erétil e ejaculação precoce em estudantes de medicina da cidade de Anápolis (GO).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Definição

A disfunção erétil (DE) define-se pela incapacidade contínua em obter e manter uma ereção suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória (WESPES *et al.*, 2002). Segundo Lima (2003), esse tipo de disfunção sexual perpassa desde a existência de um alto grau de ansiedade até a ingestão inadequada de medicamentos, podendo gerar certas alterações neurológicas, vasculares ou mesmo da própria estrutura peniana.

A DE pode ainda ser classificada em: primária, quando o homem nunca foi capaz de manter uma ereção contínua suficiente para obter uma relação sexual satisfatória. Secundária, quando já ocorreu ao menos uma relação sexual bem-sucedida. Absoluta, quando o paciente não consegue ter uma ereção em nenhuma circunstância. Específica ou Situacional, quando o paciente apresenta dificuldades em ter uma ereção frente a determinadas situações, ou parceiras(os) que não a(o) habitual.

Além da DE, outra disfunção sexual que vem tornando-se cada vez mais comum são os distúrbios da ejaculação sendo os mais frequentes: anejaculação, ejaculação retardada, ejaculação precoce. Na anejaculação, o orgasmo se faz presente, no entanto não há expulsão do sêmen. Na ejaculação retardada o paciente relata dificuldade para ejacular mesmo após penetração por períodos prolongados. Esse tipo de distúrbio de ejaculação é mais raro.

Por fim, a ejaculação precoce que apresenta como uma das suas principais causas distúrbios de fundo psicológico. Corresponde a uma ejaculação persistente ou recorrente, com estimulação sexual mínima, sempre antes que o indivíduo o deseje. Esse tipo de distúrbio pode ser classificado em: primária, quando ocorre desde os primeiros relacionamentos sexuais, ou secundária, quando aparece no transcorrer da vida sexual, após um período satisfatório de atividade sexual (ARRONDO, 1996).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993), por intermédio da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), definiu ejaculação precoce como sendo a “incapacidade de controle ejaculatório suficiente para ambos os parceiros estarem satisfeitos com o ato sexual”. Já a Associação Americana de Psiquiatras (APA, 2000) define Ejaculação Precoce no Manual Estatístico e Diagnóstico de Doenças Mentais (DSM-V, 2014) como sendo “Orgasmo e ejaculação com mínima estimulação, antes ou muito rapidamente após a penetração vaginal, sem que o indivíduo deseje e que tenha um caráter persistente e recorrente. O médico deve levar em consideração fatores que podem afetar a duração da fase de excitação como a idade, início de relacionamento com uma nova parceira e frequência recente de atividade sexual”. Aliado a isto, que “cause desconforto e angústia ao indivíduo, levando a dificuldade de relacionamento

interpessoal”. Alerta ainda para o fato de que este sintoma não deve estar relacionado a nenhum fármaco ou substância (por exemplo, retirada de opioides).

Já a *International Society of Sexual Medicine* (ISSM), considerando os três fatores (período ejaculatório curto; insatisfação ou perda da satisfação com o ato sexual e concomitante desconforto; e a perda do controle ejaculatório, ou seja, o indivíduo ejacula antes do seu desejo) e com base em evidências mais concretas formulou a definição que até então é a mais utilizada atualmente: “ejaculação que sempre ou quase sempre ocorre antes ou cerca de um minuto após a penetração vaginal; e com consequências pessoais negativas como insatisfação, incômodo, frustração e ou o desinteresse na intimidade sexual” (MCMAHON *et al.*, 2008).

A disfunção sexual, seja qual for sua natureza, pode representar um impedimento substancial à qualidade de vida do indivíduo e tem sido associada a comorbidades médicas e psicossociais tanto em homens quanto em mulheres (SMITH *et al.*, 2011).

2.2. Fisiopatologia

2.2.1. Disfunção Erétil

A ereção é basicamente um reflexo espinhal e pode ser iniciada pelos estímulos visual, tátil e olfativo e imaginário por meio de fibras aferentes, autonômicas, somáticas e supraespinhais. Diversos neurotransmissores centrais têm participação na modulação da função sexual e erétil. Os principais neurotransmissores excitatórios são dopamina, acetilcolina, prostanoídes, ocitocina e peptídeo vasointestinal (VIP), (BURNETT, 2006).

Segundo Derogatis *et al.* (2008) o Óxido nítrico é o principal neurotransmissor periférico que irá promover o relaxamento da musculatura lisa dos corpos cavernosos (CC). Sintetizado por uma enzima chamada óxido nítrico sintetase, ele irá atuar, principalmente, sobre células musculares lisas, promovendo aumento da concentração intracelular de GMP cíclico, segundo mensageiro que induz dissociação do complexo actina-miosina, com diminuição da concentração intracelular de cálcio e conseqüente relaxamento das fibras musculares lisas. O equilíbrio entre os fatores de relaxamento e contração controlam o grau de tumescência da musculatura lisa dos CC e determina o estado funcional do pênis.

A irrigação arterial do pênis é feita pela artéria peniana, última ramo da artéria hipogástrica, que se divide em três ramos: artéria bulbar (irriga a uretra e o corpo esponjoso), dorsal (irriga a glândula e os tegumentos superficiais) e cavernosa, que é a responsável pela ereção.

Os CC são duas estruturas cilíndricas, colocadas superiormente ao corpo esponjoso, e vão desde o ísquio até o terço distal da glândula. São revestidas pela túnica albugínea, que é

rica em fibras elásticas e distende-se aumentando de tamanho 3 a 4 vezes, quando torna-se não-distensível. Internamente, os CC são compostos por um tecido sinusoidal, que lembra uma esponja, formados de espaços vasculares revestidos de endotélio e músculo liso. A transformação do pênis do estado flácido para rígido inicia-se pelo relaxamento da musculatura lisa das trabéculas sinusoidais seguindo por aumento do fluxo arterial peniano. O sangue arterial passa a encher os espaços sinusoidais, que vão distendendo-se; conseqüentemente, ocorre o aumento do volume peniano. Quando a distensão da túnica albugínea atinge o máximo, a continuação do enchimento e da dilatação dos espaços sinusoidais leva à compressão dos plexos venosos, que estão abaixo da túnica albugínea, e conseqüentemente à redução da drenagem venosa, elevando a pressão intracavernosa e gerando a rigidez peniana (LIMA, 2003).

2.2.2.Ejaculação Precoce

A ejaculação precoce pode ser classificada em quatro grupos:

1. Ejaculação precoce primária: a ejaculação ocorre sempre rapidamente, desde a primeira atividade sexual do indivíduo e com todas ou quase todas as mulheres com quem este teve atividade sexual. A maioria desses homens (80-90%) ejaculam dentro de 30 a 60 segundos e os restantes 10 a 20% entre um e dois minutos. A ejaculação permanece rápida durante toda a vida na maioria (70%) desses homens ou pode ser agravada com a idade (30%). Alguns ejaculam antes da penetração vaginal (ejaculatio ante portas) ou logo após a penetração vaginal (ejaculatio intra portas). Não existem até então evidências de cura para a ejaculação precoce primária. (WALDINGER; SCHWEITZER, 2008).

2. Ejaculação precoce secundária ou adquirida: a ejaculação rápida ocorre depois de um período de normalidade ejaculatória durante a vida, geralmente apresentando algum fator ou doença que predisponha a isso. Pode ser de instalação gradual ou imediata. Segundo Screponi *et al.* (2001), Disfunções urológicas podem levar ao problema, como por exemplo, disfunção erétil ou prostatite, embora esta última ainda seja tema de debate como causa da ejaculação precoce adquirida. Além desses, Carani *et al.* (2005) afirma que o hipertireoidismo é outra doença que pode cursar com a ejaculação precoce. Problemas de relacionamento ou distúrbios psicológicos também podem levar a ejaculação precoce adquirida (HARTMANN, U.; SCHEDLOWSKI, M.; KRÜGER, T. H. C. *et al.*, 2005). A forma adquirida da ejaculação precoce pode ser curada por tratamento médico ou psicológico da doença de base (WALDINGER; SCHWEITZER, 2008).

3. Ejaculação precoce de ocorrência ocasional: alguns homens apresentam ejaculação rápida ocasionalmente e com situações específicas. Esse tipo de resposta ejaculatória

não deve ser interpretado como sendo algo psicopatológico e sim como uma variação normal no desempenho sexual. A síndrome é caracterizada pelos seguintes sintomas: latências ejaculatórias rápidas que são inconsistentes e ocorrem irregularmente; a habilidade de controlar a ejaculação na iminência de ejacular deve estar diminuída ou até mesmo ausente; a experiência do controle ejaculatório diminuído ou ausente está associada a um tempo ejaculatório curto ou até mesmo normal. O tratamento desses homens consiste em suporte psicológico, melhorando sua autoestima e confiança, e educação, afirmando que esta resposta ejaculatória é normal e não precisa de medicamentos (WALDINGER; SCHWEITZER, 2008).

4. Disfunção ejaculatória “premature-like”: homens que estão dentro desta classificação experimentam ou queixam-se de ejaculação precoce enquanto o tempo ejaculatório está dentro de parâmetros normais, entre 2 e 6 minutos e em algumas circunstâncias a latência ejaculatória pode estar mesmo maior, entre 5 e 25 minutos. Este tipo de resposta ejaculatória não deve ser categorizado como sintoma de uma doença ou patologia neurobiológica, embora problemas psicológicos e ou de relacionamento conjugal possam estar presentes. É caracterizada por: percepção subjetiva de latência ejaculatória diminuída durante o ato sexual; preocupação com uma ejaculação rápida ou perda do controle ejaculatório fictício; latência ejaculatória intravaginal normal ou mesmo aumentada; a habilidade de retardar a ejaculação pode estar diminuída ou ausente. Esses homens podem ser tratados com psicoterapia e “a priori” não utilizar medicamentos (WALDINGER; SCHWEITZER, 2008).

4.2.3. Etiologia

1. Fatores hereditários e genéticos

Estudos familiares têm demonstrado a existência de fatores hereditários e genéticos, aumentando o risco de ejaculação precoce em membros da família de um indivíduo comprometido com EP. Segundo Jern *et al.*(2007), estudos realizados em 1.196 gêmeos finlandeses, 33 a 43 anos de idade, sendo 91 pares idênticos, sugerem influência genética moderada (28%) na EP. Três mil, cento e oitenta e seis gêmeos (média de idade de 26,17 anos, DP 4,77 anos) foram avaliados sobre ejaculação precoce e disfunção erétil durante a primeira atividade sexual. O estudo revelou efeitos genéticos significativos para ejaculação precoce, mas não para disfunção erétil (SANTTILA; SANDNABBA; JERN, 2009).

Dentro dos limites do conhecimento atual, os efeitos genéticos que provavelmente influenciam mecanismos serotoninérgicos, entre outros, devem ser considerados como de importância para a susceptibilidade genética/hereditária para um tempo de latência ejaculatória intravaginal menor. Apenas este fator causal não conseguiria explicar todos os casos e,

indubitavelmente, a adição de outros fatores do meio em que o paciente vive deve ser considerada para levar ao quadro de ejaculação precoce, visto que efeitos genéticos representam apenas 30% da variância da doença (WALDINGER; SCHWEITZER, 2008).

2. Fatores neurobiológicos

A hipótese mais atual e prevalente para a ejaculação rápida primária está associada a uma falha ou mesmo uma piora dos mecanismos serotoninérgicos inibitórios que controlam a ejaculação. Existem vários receptores serotoninérgicos; no entanto, a hipossensibilidade de receptores 5HT1a/5HT1b (WALDINGER, 2002) ou o aumento de expressão de transportadores serotoninérgicos (que removem a serotonina da fenda sináptica e, assim, reduzem seu efeito inibitório), têm sido propostos como mecanismos para a ejaculação precoce (GIULIANO; CLÉMENT, 2006). Existe certa controvérsia com relação à sensibilidade da glândula. Estudo de caso controle sugere que pacientes com ejaculação precoce primária apresentam hipersensibilidade e hiperexcitabilidade da glândula peniana (XIN *et al.*, 1997), ao passo que outro estudo caso controle não demonstrou condução sensorial mais rápida pelo nervo pudendo ou maior representação cortical nas áreas genitais do encéfalo (PERRETTI *et al.*, 2003). Portanto, de acordo com Buvat (2011), ainda não se sabe o papel da sensibilidade peniana na ejaculação precoce.

3. Fatores metabólicos e endócrinos

Carani *et al.* (2005) avaliaram 48 homens, 34 com hipertireoidismo e 14 com hipotireoidismo. A prevalência de EP nos hipertireoideos estava em torno de 50% e caiu para 15% depois do tratamento. Cihan *et al.* (2009) avaliaram 49 pacientes com hipertireoidismo. Dos 43 pacientes que permaneceram no estudo, 30 deles (69,8%) apresentavam ejaculação precoce. Vinte e quatro pacientes que ficaram eutireoideos após o tratamento, referiram melhora importante do tempo de latência ejaculatória intravaginal. Avaliando 620 homens com ejaculação primária, nenhum paciente apresentava hipertireoidismo, demonstrando que a associação de EP com hipertireoidismo se resume apenas a casos de ejaculação precoce secundária (WALDINGER *et al.*, 2005). Nesse sentido, para relacionar melhor hipertireoidismo e ejaculação precoce foi feito um Estudo experimental em ratos evidenciando que o hipertireoidismo afeta as fases da emissão e expulsão da ejaculação (CAHANGIROV *et al.*, 2011).

4. Fatores urológicos

Alguns trabalhos referem a associação de prostatite crônica com EP (LIANG *et al.*, 2010). No entanto, até agora, somente trabalhos de baixo grau de evidência têm demonstrado

essa associação. Em um estudo, o processo inflamatório e, em outro, a taxa de sucesso para o tratamento de EP após terapia antimicrobiana para prostatite crônica foi, como era de se esperar, maior em homens com EP secundária do que nos que apresentavam EP primária. Essas taxas foram de 43% e 38% para homens com EP secundária e EP primária respectivamente. Com base nesses dados, trabalhos randomizados, duplos-cegos, controlados com placebo precisam ser realizados para avaliar a associação da prostatite crônica e EP (BUVAT, 2011).

5. Fatores psicossociais

Existem várias causas psicossociais relacionadas à ejaculação precoce: ansiedade, principalmente ansiedade de desempenho relacionado à sexualidade; experiência sexual precoce; baixa frequência sexual; falta de técnicas apropriadas e experiência para o controle da ejaculação (BUVAT, 2011). Até agora, não existe evidência científica com alto nível de significância suficiente para afirmar tais mecanismos psicológicos na etiologia da EP (ALTHOF *et al.*, 2010). Em muitos casos, esses aspectos psicossociais são, provavelmente, consequência em vez de causa da EP, mesmo que contribuam para agravar e perpetuar o quadro (BUVAT, 2011).

2.3. Prevalência

De acordo com Shindel *et al.* (2008), em pesquisa realizada com 132 estudantes de medicina (sendo 78 mulheres e 54 homens, com idade média de 25 anos), a disfunção erétil foi relatada por 30% dos homens. Além disso, considerando outros problemas sexuais entre homens, houve uma prevalência de 28% de problemas no controle da ejaculação e insatisfação com a vida sexual, 11% afirmaram já ter tido disfunção orgásmica e 6% de baixo desejo sexual. Ademais, concluiu-se que 63% das mulheres apresentavam alto risco de disfunção sexual, 39% relataram distúrbios da dor durante o coito e 24% negaram excitação durante a atividade sexual.

Em uma pesquisa realizada na internet sobre sexualidade, cuja população amostral era de 2.276 participantes, constatou-se uma prevalência de ejaculação precoce de aproximadamente 16% e 17% entre homens heterossexuais e homossexuais, respectivamente. Ademais, a disfunção erétil foi mais comum em homens homossexuais (24%) quando comparada aos homens heterossexuais (12%). E 51% das mulheres heterossexuais relataram alto risco de disfunção sexual feminina, ao passo que na população de lésbicas o percentual foi de 29% (BREYER *et al.*, 2010).

Estudo descritivo, exploratório, baseando-se em uma amostra de 360 universitários do sexo masculino, com idades entre 18 e 30 anos e realizado em instituições particulares de ensino superior da cidade de São Paulo. Segundo Freitas *et al.* (2008), todos os estudantes da

amostra negaram qualquer disfunção erétil ou dificuldade em manter a ereção, entretanto 14,7% afirmaram ter usado inibidores de PDE-5 em alguma etapa da vida sexual, sem orientação médica. Levando em conta o número de vezes que o estudante utilizou tal medicamento, 83,5% relataram uso ocasional, enquanto o restante fez uso pelo menos uma vez ao mês. Elencou-se as razões para o uso de inibidores de PDE-5 e 70% dos entrevistados fizeram uso por curiosidade, 12% visando uma melhora da ereção e outros 12% para evitar a ejaculação precoce e 6% para aumentar o prazer durante o ato sexual.

Estudo realizado com 480 indivíduos do sexo masculino (idade média de 26,3 anos), matriculados em escolas médicas norte-americanas, concluiu que 9% já tiveram problemas sexuais (SMITH *et al.*, 2011). Assim, é importante ressaltar que o incômodo sexual foi mais comum em homens com disfunção erétil, sintomas depressivos, alto risco de ejaculação precoce e menor frequência sexual.

Pesquisa realizada na internet explorou a relação entre sintomas depressivos e disfunção sexual em estudantes de medicina norte-americanos do sexo masculino, cuja população amostral foi de 844 indivíduos. De acordo com Smith *et al.* (2010), aqueles estudantes que afirmaram ter vida sexual ativa e praticarem sexo frequentemente tinham menor probabilidade de apresentar sintomas depressivos em comparação aos outros indivíduos. Além disso, a disfunção erétil teve associação com maior probabilidade de manifestação de sintomas depressivos, entretanto ao incluir dados relacionados a fatores psicossociais o estudo concluiu que estes são mais fortemente associados aos sintomas depressivos do que à função erétil.

A disfunção erétil tem ocorrência comum entre homens idosos, com uma taxa de prevalência de 34,8% de disfunção erétil moderada a completa. O distúrbio é altamente dependente da idade, pois a prevalência sobe de 2% para homens de 40 a 49 anos, 6% para homens de 50 a 59 anos, 17% para homens de idade 60-69 e 39% para homens com 70 anos ou mais (KÖHLER; MCVARY, 2016). Contudo, não é só o envelhecer que traz dificuldades sexuais, o adolescente também tem os seus percalços. Nessa perspectiva, Abdo (2004) refere que a principal dificuldade masculina, chegando a atingir 40,6% dos jovens, é a de controlar a ejaculação. A dificuldade em conseguir ereção é de 8,4% e a dificuldade de manter a ereção é de 9,7% (MARTINS; VAISBERG, 2009). A prevalência de EP mantém-se relativamente constante e transversal nas demais categorias demográficas, não variando substancialmente com a idade, raça, cultura, estatuto social ou marital ou país de origem das populações estudadas (PAÇO, 2015).

Entrando no âmbito acadêmico, as disfunções sexuais não são incomuns entre os universitários, existindo uma grande quantidade de jovens fracamente satisfeitos com a sua

função e/ou vida sexual, apesar de se encontrarem no pico dela, e que o ingresso no ensino superior se apresenta como um fator que negativamente a influência. A nível nacional, verifica-se que a população masculina dá mais importância ao sexo como fator da qualidade de vida (85,6% consideram “importante” ou “fundamental” versus 68,6%) e apresenta também uma maior satisfação com a sua função sexual (82% referem estar “satisfeitos” ou “muito satisfeitos” versus 65,3%). As diferenças constatadas podem dever-se ao fato de a população em estudo ser mais jovem e conseqüentemente ter um menor número de relações de longa duração, fator que está descrito como tendo um impacto negativo na satisfação sexual.

Relativamente ao prejuízo da vida e/ou função sexual, 49,1% dos elementos afirmaram que a entrada no ensino superior a prejudicou. Para além disso, verificou-se uma diferença significativa em que os estudantes de Medicina relatam um maior prejuízo quando comparados com os restantes (54,0% versus 44,2%). Estes resultados poderão ser explicados com base nos elevados níveis de stress, depressão e ansiedade verificados nos estudantes, em especial nos de Medicina quando comparados com os seus pares de outros cursos (MOREIRA, 2018).

A DE é uma condição prevalente que aflige milhões de homens em todo o mundo e pode ter efeitos desastrosos sobre a qualidade de vida de um casal. Sua incidência aumenta com a idade. Estima-se que pacientes entre 18-59 anos apresentem incidência de 10%, entre 50-59 anos é 3,5 vezes maior e naqueles com mais de 70 anos é de 61% (DEROGATIS *et al.*, 2008).

2.4. Desenvolvimento científico

Dentro os vários fatores que tornam necessário o estudo das disfunções sexuais nos jovens acadêmicos de medicina no Brasil, os principais são: ausência de conscientização e informação sobre o problema, falta de preparo entre os profissionais de saúde no atendimento, escassez de pesquisas a nível mundial e nacional, uso recreativo e sem orientação de medicamentos e alta taxa de prevalência associado a baixa procura de assistência (KOHLENER; MCVARY, 2016).

Em recente perfil dos urologistas filiados à Sociedade Brasileira de Urologia (SBU) e sua prática na área de andrologia, 72,9% se sentem apenas com noções gerais ou despreparados para a abordagem dos distúrbios sexuais masculinos ao terminarem sua especialização em urologia, embora 95,1% afirmam investigar e tratar os pacientes com distúrbios sexuais (GRASSI *et al.*, 2002). Contudo, do ponto de vista do paciente, um valor verificado a nível nacional na população masculina (72,5%), demonstra que a maioria dos

inquiridos deste estudo refere nunca terem sido questionados por um médico sobre a sua vida sexual. Por oposição, 71,5% acham que os médicos o deveriam fazer (MOREIRA, 2018).

Outro dado que confirma essa situação é que 37% dos homens com EP referiu ter aprendido a lidar com a disfunção. Além disso, dos 9% que decidiram procurar ajuda médica a verdade é que a maioria (91,5%) referiu obter pouca ou nenhuma melhoria (PAÇO, 2015).

Em relação à medicação, fica evidente que a venda de inibidores de PDE-5 tem ocorrido de forma incorreta, sem prescrição ou orientação de um profissional de saúde. Isso mostra a importância do profissional farmacêutico na intervenção do uso indiscriminado deste medicamento, na orientação ao usuário quanto aos possíveis riscos à saúde, quando usado de forma indevida e as interações medicamentosas que podem potencializar o seu efeito (MARQUES; GOMES, 2018).

O fato é que segundo Smith *et al.* (2010) já foi comprovado que a depressão e a ansiedade tem maior prevalência entre os estudantes de medicina quando comparada a população em geral com a mesma idade, e, portanto, essas comorbidades sexuais fazem-se mais prevalentes também nesse grupo. Nesse sentido, mesmo que os estudantes de medicina normalmente representem uma população jovem saudável, a tensão física, emocional e mental, proporcionadas por sua rotina, afeta negativamente a sua sexualidade (PEIXOTO, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

- Identificar a prevalência da disfunção erétil e ejaculação precoce em estudantes de medicina de Anápolis (GO).

3.2. Objetivos específicos

- Correlacionar a prevalência da disfunção erétil e da ejaculação precoce e a faixa etária em estudantes de medicina de Anápolis (GO).

4. METODOLOGIA

4.1. Tipo de estudo

Tratou-se de um estudo observacional, de prevalência, transversal, descritivo e quantitativo.

4.2. Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada na Faculdade de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA.

4.3. População e amostra

A população estudada foram os estudantes do sexo masculino do curso de medicina, do primeiro ao oitavo período e a amostra foi recrutada por conveniência, totalizando até o momento 120 estudantes.

4.4. Critérios de inclusão

Foram estabelecidos como critérios de inclusão estar matriculado no curso de medicina da UniEVANGÉLICA, ter 18 anos ou mais de idade, ser do sexo masculino, ter iniciado a vida sexual, estar de acordo e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que garantiu o anonimato e o uso dos dados exclusivamente para fins de pesquisa.

4.5. Critérios de exclusão

Como critérios de exclusão, acadêmicos que menores de 18 anos, que não iniciaram a vida sexual, do sexo feminino e/ou não responderam as questões de maneira adequada, impossibilitando a análise final. Como o questionário foi realizado online e a distância, nenhum aluno que se enquadrou nos critérios de exclusão sentiu-se constrangido.

4.6. Coleta de dados

O processo de coleta de dados nas faculdades foi feito por meio da aplicação de um questionário que verifica a utilização do instrumento *International Index of Erectile Function-5* (IIEF-5) (Anexo 1). O Índice Internacional de Função Erétil foi desenvolvido e validado por Rosen *et al.* (1997) com a finalidade de criar um questionário curto e reprodutível para mensuração da função erétil que fosse cultural, linguística e psicometricamente válido. O instrumento poderia também ser utilizado por médicos e pesquisadores em ensaios clínicos terapêuticos como mais um parâmetro da avaliação da eficácia/efetividade das diversas intervenções hoje propostas.

Vale ressaltar que o IIEF foi desenvolvido exclusivamente para o uso em relacionamento entre homens e suas parceiras. O questionário é composto de 5 questões, agrupadas em cinco domínios: função erétil, orgasmo, desejo sexual, satisfação sexual e satisfação geral. Cada questão tem valor que varia de 1 a 5, e a soma das respostas gera escore

final para cada domínio, com valores baixos indicando qualidade da vida sexual ruim, sendo que a DE pode ser classificada em cinco categorias, a partir do domínio função erétil, variando com escore mínimo de 5 e máximo de 25, para pacientes com vida sexual ativa.

O outro instrumento foi o questionário personificado (Apêndice 1) *Fundamental basis of assessment with time to ejaculation* (IELT) com base em dados da Associação Americana de Urologia (AUA) (Anexo 2), onde foi feito a avaliação do participante em relação a presença de ejaculação precoce e a classificação dessa em primária e secundária.

O convite foi realizado de forma textual e online pelos pesquisadores, que enviaram os questionários aos representantes de turma do primeiro ao oitavo período os quais repassaram para os alunos de sua respectiva turma, sendo solicitada a participação de todos os alunos do sexo masculino e deixando evidente a opção de não participar da pesquisa caso o participante fosse menor de idade e/ou do sexo feminino.

Caso algum dos participantes fosse menor de 18 anos e/ou não tinha iniciado a vida sexual e respondido o questionário, os dados desse questionário específico foram desprezados durante a análise. Em caso de respostas de participantes do sexo feminino, os questionários também foram desprezados para não prejudicar o intuito da pesquisa. Ademais, visando a privacidade dos alunos, os entrevistados puderam responder o questionário por meio da plataforma GoogleForms, em ambiente domiciliar ou qualquer ambiente de sua preferência para que não houvesse prejuízo na sua privacidade ou possível desconforto, além de não prejudicar atividades de rotina e ser feito no tempo de disponibilidade do mesmo. A aplicação do questionário durou em torno de 8 minutos e só foi realizada após assinatura do TCLE (Anexo 3).

4.7. Análise de dados

Os dados foram transcritos para planilha em Programa MS Excel Office XP. Posteriormente, os dados foram analisados através do software Statistical Package for the Social Science (SPSS) versão 16.0, para a realização da análise estatística descritiva.

4.8. Aspectos éticos

Os aspectos éticos respeitam as orientações da resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde e a pesquisa apenas teve início após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, no dia 22/04/2021 sob o número 4.665.042/2021.

5. RESULTADOS

De acordo com os dados obtidos no questionário, amostra contou com a participação de 120 estudantes de medicina do 1º ao 8º período da faculdade de medicina da Universidade Evangélica de Goiás – UniEVANGÉLICA, entre agosto e setembro de 2021. Os participantes que não forneceram todas as informações necessárias para o estudo ou que não contemplaram os critérios de inclusão (estar matriculado no curso de medicina da UniEVANGÉLICA, ter 18 anos ou mais, ser do sexo masculino, ter iniciado a vida sexual e estar de acordo com o TCLE) foram excluídos da amostra, totalizando 20 exclusões. Desse modo, foram analisados dados de 100 participantes. O perfil acadêmico e demográfico dos estudantes de medicina do 1º ao 8º período da UniEVANGÉLICA é apresentado na Tabela 1.

Tabela 1: Perfil Acadêmico e demográfico dos estudantes de medicina

Variável	N	%
Faixa etária		
18-22 anos	64	64
23-26 anos	31	31
> 26 anos	5	5
Período		
Ciclo básico (1 a 4 período)	24	24
Ciclo clínico (5 a 8 período)	76	76

FONTE: os autores

Ao analisar os dados coletados, percebeu-se que 72% não apresentaram disfunção erétil e que 28% apresentaram algum grau de disfunção erétil. Desses 28%, 21 participantes apresentaram disfunção erétil leve, 4 participantes apresentaram disfunção erétil moderada/leve e 3 participantes apresentaram disfunção erétil moderada, não tendo caso severo. A prevalência dos tipos de disfunção erétil relacionados à faixa etária é apresentada na tabela 2.

Tabela 2: Relação entre prevalência dos tipos de disfunção erétil e faixa etária

Classificação disfunção erétil	Faixa Etária			Total
	18 à 22 n (%)	23 à 26 n (%)	>26 n (%)	
Sem disfunção erétil	44 (61,1)	23 (31,9)	5 (6,9)	72 (100%)
Disfunção erétil leve	14 (66,7)	7 (33,3)	0 (0)	21 (100%)
Disfunção erétil moderada à leve	3 (75)	1 (25)	0 (0)	4 (100%)
Disfunção erétil moderada	3 (100)	0 (0)	0 (0)	3 (100%)

FONTE: os autores

Já referente à ejaculação precoce, percebeu-se que 71% não apresentaram ejaculação precoce e 29% apresentaram algum tipo de ejaculação precoce. A prevalência de ejaculação precoce relacionados à faixa etária é apresentada na tabela 3. Dentre os que apresentaram algum tipo de ejaculação precoce, 3 participantes apresentaram ejaculação precoce primária, 26 participantes apresentaram ejaculação precoce secundária, sendo que, independentemente do tipo de ejaculação precoce, 3 participantes responderam que ocorreu apenas uma vez, 22 participantes que ocorreu em menos da metade das relações sexuais, 3 participantes que ocorreu em mais da metade das relações sexuais e 1 participante que ocorreu em todas as relações sexuais.

Tabela 3: Relação entre prevalência de ejaculação precoce e faixa etária

Presença de ejaculação precoce	Faixa etária			Total
	18 à 22 n (%)	23 à 26 n (%)	> 26 n (%)	
SIM	22 (75,9)	7 (24,1)	0 (0)	29 (100%)

NÃO	42 (59,2)	24 (33,8)	5 (7)	71 (100%)
-----	-----------	-----------	-------	-----------

FONTE: os autores

6. DISCUSSÃO

O presente estudo demonstra existir casos de disfunção erétil e ejaculação precoce entre os estudantes de medicina, apesar da maioria ser de uma faixa etária em que essas doenças normalmente não se apresentam com tamanha frequência. Os participantes da pesquisa por serem considerados uma população jovem deveriam apresentar baixa prevalência para as patologias analisadas.

De acordo com o que foi constatado no trabalho, houve uma prevalência alta tanto para ejaculação precoce quanto para disfunção erétil considerando a faixa etária estudada, sendo que em alguns casos, observou-se até mesmo a presença de ambas as comorbidades em um mesmo indivíduo.

Os participantes que apresentarem DE foram classificados, de acordo com o questionário que verifica a utilização do instrumento International Index of Erectile Function (IIEF-5), como disfunção erétil leve, disfunção erétil moderada e disfunção erétil severa.

Em relação a disfunção erétil, segundo Wespes *et al.* (2002), se caracteriza como a incapacidade contínua em obter e manter uma ereção suficiente, que permita uma atividade sexual satisfatória. Sabe-se que é doença de ocorrência comum entre homens idosos, com uma taxa de prevalência de 34,8%, sendo que para a população jovem a prevalência é de 30% (KÖHLER; MCVARY, 2016) (SHINDEL, 2008). Mesmo que a literatura seja escassa quanto a esse tipo de pesquisa, o estudo em questão, ao analisar os dados coletados, percebeu e demonstrou que existe uma prevalência significativa dessa patologia nesses grupos mais jovens que são tidos como saudáveis.

Nesse sentido, de forma a complementar o estudo apresentado, o autor Peixoto *et al.* (2016) esclarece a situação ao afirmar que a maioria dos estudantes de medicina normalmente são indivíduos jovens acometidos por diversos problemas como tensão física, emocional e mental, proporcionados desde sua entrada na faculdade e por sua rotina acadêmica estabelecida, o que pode levar ao desenvolvimento de diversos distúrbios, como a exemplo as disfunções sexuais.

Em relação a ejaculação precoce uma pequena porcentagem dos participantes que tiveram ejaculação precoce foi classificada em EP primária, em consonância com o que há na literatura geral.

A maioria apresentou quadro episódico, secundário ou situacional, porém com prevalência maior que a encontrada em estudos populacionais gerais.

Ao considerar o prejuízo da vida e/ou função sexual, acreditamos que a entrada no ensino superior a prejudicou. Há que se realizar estudos com análise estatística comparando as

prevalência dos disfunções sexuais apresentadas pelos estudantes de medicina e a população geral com faixa etária compatível para se comprovar tal relação.

Caso a correlação entre cursar medicina e aumento da prevalência de disfunções sexuais se comprove, os resultados poderão ser explicados com base nos elevados níveis de estresse, depressão e ansiedade verificados nos estudantes de Medicina quando comparados com os seus pares de outros cursos (MOREIRA, 2018). Nesse sentido, quando os entrevistados foram questionados sobre a necessidade de mudar de suas residências familiares para morar em outra cidade para cursarem Medicina, 65% afirmaram que precisaram abandonar seus lares, o que ratifica o estudo citado anteriormente, elevando ainda mais os níveis de estresse e ansiedade dos acadêmicos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados obtidos, podemos perceber que a coleta de dados acerca de estudantes do curso de medicina propicia o embasamento para concluir a hipótese de que há, uma maior prevalência da disfunção erétil e ejaculação precoce em relação a população geral da mesma idade, necessitando ainda de comparação estatística para confirmação dessa hipótese.

Logo, acreditamos que essa pesquisa foi importante para a análise de uma população ainda pouco explorada, necessitando de uma investigação mais específica da prevalência de disfunção erétil e ejaculação precoce de jovens que cursam medicina afim de esclarecer suas possíveis causas e tratamentos viáveis.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABDO, C. H. N. *et al.* **Perfil sexual da população brasileira: resultados do Estudo do Comportamento Sexual (ECOS) do Brasileiro.** 2002.
- ALTHOF S. E., *et al.* International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 9, p. 2947-2969, 2010.
- ALTHOF, S. E. Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome. **World Journal of Urology**, v. 23, n. 2, p. 89-92, 2005.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic Criteria From DSM-IV-tr.** American Psychiatric Pub, 2000.
- ARRONDO, J.L. Anatomophysiology of rjaculation. **Archivos Espanoles de Urologia**, v.49, n.3, p. 209, 1996.
- BREYER, B. *et al.* The Impacto of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 7, p. 2391-2400, 2010.
- BURNETT, A. L. The role of nitric oxide in erectile dysfunction: implications for medical therapy. **The Journal of Clinical Hypertension**, v. 8, p. 53-62, 2006.
- BUVAT, J. Pathophysiology of premature ejaculation. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, p. 316-327, 2011.
- CAHANGIROV A., *et al.* Investigation of the neural target level of hyperthyroidism in premature ejaculation in a rat model of pharmacologically induced ejaculation. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, n. 1, p. 90-96, 2011.
- CARANI, C., *et al.* Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo-and hyperthyroid patients. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, v. 90, n. 12, p. 6472-6479, 2005.
- CIHAN A., *et al.* The relationship between premature ejaculation and hyperthyroidism. **The Journal of Urology**, v. 181, n. 3, p. 1273-1280, 2009.
- DEROGATIS., *et al.* The epidemiology of sexual dysfunctions. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 2, p. 289-300, 2008.
- DSM-V: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. American Psychiatric Association. 5° ed. Artmed, 2014.
- FREITAS, V. *et al.* Uso de inibidores de fosfodiesterase-5 por estudantes universitários. **Revista de Saúde Pública**, 2008.
- GIULIANO, F.; CLÉMENT, P. Serotonin and premature ejaculation: from physiology to patient management. **European Urology**, v. 50, n. 3, p. 454-466, 2006.
- GOLDSTEIN I., *et al.* Oral sildenafil in the treatment of erectile dysfunction. **New England Journal of Medicine**, v. 338, n. 20, p. 1397-1404, 1998.
- GRASSI, M. V. F. C. *et al.* **Psicopatologia e Disfunção Erétil: a Clínica Psicanalítica do Impotente.** 2002. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2002.
- GRENIER, G; BYERS, E.S. The relationships among ejaculatory control, ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse. **Archives of Sexual Behavior**, v. 26, n. 1, p. 27-47, 1997.

HARTMANN, U.; SCHEDLOWSKI, M.; KRÜGER, T. H. C. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. **World Journal of Urology**, v. 23, n. 2, p. 93-101, 2005.

JERN P., *et al.* Premature and delayed ejaculation: Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 4, n. 6, p. 1739-1749, 2007.

KÖHLER, T. S.; MCVARY, K. T. **Contemporary Treatment of Erectile Dysfunction: a Clinical Guide**. 2.ed. Suíça, Springer, 2016.

LIANG C.Z., *et al.* Prevalence of premature ejaculation and its correlation with chronic prostatitis in Chinese men. **Urology**, v. 76, n. 4, p. 962-966, 2010.

LIANG C.Z., *et al.* Prevalence of sexual dysfunction in Chinese men with chronic prostatitis. **BJU International**, v. 93, n. 4, p. 568-570, 2004.

LIMA, F. M. M. Q. Disfunção erétil masculina e sexualidade. 2003 (<https://repositorio.uniceub.br/jspui/handle/123456789/2406>)

MARQUES, M.; GOMES, J. Avaliação do perfil dos usuários de sildenafila no tratamento farmacológico da disfunção erétil por pacientes atendidos em uma drogaria do bairro Brasil em Vitória da Conquista, Bahia. **Revista Integrart**, v.3, n.1, p. 149-160, 2018.

MARTINS, P. C. R.; VAISBERG, T. M. J. A.. Dificuldades sexuais masculinas e imaginário coletivo de universitários: um estudo psicanalítico. **Barbarói**, v. 2, n. 31, p. 18-35, 2009.

MCMAHON, C.G., *et al.* An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. **BJU International**, v. 102, n. 3, p. 338-350, 2008.

MOREIRA, P. J. M. EDSexU: **Epidemiologia das Disfunções Sexuais em Universitários**. 2018. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2018.

PAÇO, J. **Teorias Fisiopatológicas da Ejaculação Prematura e Novas Perspectivas terapêuticas**. 2015. Tese (Mestrado) - Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2015.

PEIXOTO, C. *et al.* Comportamento sexual de estudantes de medicina portugueses e seus fatores preditivos. **Revista Internacional de Andrología**, v. 14, n. 2, p. 53-68, 2016.

PERRETTI A., *et al.* Neurophysiologic evaluation of central-peripheral sensory and motor pudendal pathways in primary premature ejaculation. **Urology**, v. 61, n. 3, p. 623-628, 2003.

ROSEN, Raymond C. *et al.* The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. **Urology**, v. 49, n. 6, p. 822-830, 1997.

SANTTILA, P.; SANDNABBA, N.K.; JERN, P. Prevalence and determinants of male sexual dysfunctions during first intercourse. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 35, n. 2, p. 86-105, 2009.

SCREPONI, E., *et al.* Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. **Urology**, v. 58, n. 2, p. 198-202, 2001.

SHINDEL, A. *et al.* The Sexual Lives of Medical Students: A Single Institution Survey. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n.4, p. 796-803, 2008.

SMITH, J.F. *et al.* Predictors of Sexual Bother in a Population of Male North American Medical Students. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 8, n. 12, p. 3363-3369, 2011.

SMITH, J.F. *et al.* Sexual Function and Depressive Symptoms among Male North American Medical Students. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 7, n. 12, p. 3909-3917, 2010.

WALDINGER M.D., *et al.* Premature ejaculation and serotonergic antidepressants-induced delayed ejaculation: the involvement of the serotonergic system. **Behavioural Brain Research**, v. 92, n. 2, p. 111-118, 1998.

WALDINGER M.D., *et al.* Thyroid-stimulating hormone assessments in a Dutch cohort of 620 men with lifelong premature ejaculation without erectile dysfunction. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 2, n. 6, p. 865-870, 2005.

WALDINGER, M.; SCHWEITZER, D. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: A contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. **The Journal of Sexual Medicine**, v. 5, n. 5, p. 1079-1087, 2008.

WALDINGER, M.D. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. **Journal of Sex & Marital Therapy**, v. 34, n. 1, p. 1-13, 2007.

WALDINGER, M.D. The neurobiological approach to premature ejaculation. **The Journal of Urology**, v. 168, n. 6, p. 2359-2367, 2002.

WESPES, E. *et al.* Orientações sobre disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação prematura. **European Urology**, v. 41, n. 1, p. 1-5, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION., *et al.* **The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.** World Health Organization, 1993.

XIN Z.C., *et al.* Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation. **The Journal of Urology**, v. 158, n. 2, p. 451-455, 1997.

9. ANEXOS

9.1. ANEXO 1: Questionário IIEF-5

	1 ponto	2 pontos	3 pontos	4 pontos	5 pontos
Como você avaliaria sua confiança em ter uma ereção?	Muito baixa	Baixa	Moderada	Alta	Muito alta
Com que frequência as ereções garantem a penetração?	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade)	Algumas vezes (metade)	Na maioria das vezes (mais da metade)	Quase sempre ou sempre
Durante o sexo, quão difícil é segurar a ereção até o fim?	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade)	Algumas vezes (metade)	Na maioria das vezes (mais da metade)	Quase sempre ou sempre
Com que frequência mantém a ereção após a penetração?	Extremamente difícil	Muito difícil	Difícil	Um pouco difícil	Nada difícil
Com que frequência o sexo foi satisfatório para você?	Quase nunca ou nunca	Poucas vezes (menos da metade)	Algumas vezes (metade)	Na maioria das vezes (mais da metade)	Quase sempre ou sempre
RESULTADO	De 5 a 7 Disfunção erétil severa	De 8 a 11 Disfunção erétil moderada	De 12 a 16 Disfunção erétil de moderada a leve	De 17 a 21 Disfunção erétil leve	De 22 a 25 Sem disfunção erétil

FONTE: Site Urologia Hoje

9.2. ANEXO 2: Base de dados para o questionário IELT

As diretrizes da American Urological Association (AUA) sobre o manejo de EP afirmam que os médicos devem "comunicar explicitamente as circunstâncias da condição", pois é a "base fundamental de avaliação com tempo até a ejaculação (IELT) como a característica mais importante." Além da avaliação de IELT, a AUA recomenda que o seguinte seja levado em consideração: (1) a duração e a frequência de EP, (2) a taxa de ocorrência de EP com alguns ou todos os encontros e parceiros sexuais, (3) o grau para os quais os estímulos sexuais causam EP, e (4) a natureza e frequência da atividade sexual, incluindo preliminares, masturbação e relações sexuais. IELT, no entanto, não deve ser levado em consideração sozinho e outros fatores-chave, incluindo controle percebido sobre a ejaculação, incômodo experimentado pelo paciente por causa de a rapidez da ejaculação e o impacto sobre o relacionamento sexual do paciente devem ser considerados. Uma história simples de EP deve, portanto, ser obtida, primeiro, perguntando há quanto tempo o paciente experimentou EP (isto é, se é vitalício ou adquirido). Como o EP vitalício é considerado um potencial neuroendócrino problema, com alterações nos níveis de serotonina ou sensibilidade do receptor de serotonina, a maioria desses homens são não são considerados curáveis, embora sejam eminentemente tratáveis. Por outro lado, muitos homens com EP relacionado à presença de disfunção erétil ou alguma comorbidade médica subjacente (como disfunção erétil, hipertireoidismo, prostatite crônica ou abstinência de opiáceos) ou relacionadas a um grande estressor da vida são potencialmente curáveis. Definir o IELT de um paciente é útil, mas deve ser apreciado que alguns homens superestimam seus IELT. Buscar a corroboração do IELT com o parceiro, se presente na visita, é útil. Alguns homens ejaculam rapidamente devido a problemas com o parceiro (incluindo orgasmo rápido por parte do parceiro). O incômodo com a EP e o impacto que teve sobre seu relacionamento devem ser avaliados como leve, moderado ou grave. Baixo incômodo e impacto mínimo no relacionamento geralmente se traduzem em nenhuma necessidade de tratamento, enquanto alto incômodo e / ou alto impacto negativo sobre o relacionamento (independentemente do IELT) podem justificar o tratamento. Embora seja recomendado que um exame físico seja realizado, com mais frequência do que não produz muito poucas informações relativas à queixa de PE do paciente. Tal exame deve incluir uma avaliação dos sinais e sintomas de condições que se acredita estarem associadas à EP, como disfunção tireoidiana e prostatite crônica. Um exame urológico genital é realizado rotineiramente e alguns recomendam avaliação dos reflexos sacrais e avaliação neuromuscular dos membros inferiores. Isto deve ser declarado, no entanto, que é raro encontrar algo no exame físico que ajude a definir a etiologia da EP do paciente ou mudaria o plano de manejo. Não há investigações específicas projetadas para o paciente com EP e qualquer teste adjuvante deve ter como objetivo confirmar achados descoberto pela história e exame físico. Uma série de instrumentos foram desenvolvidos para avaliar o impacto do tratamento em homens com EP (Apêndices 1, 2 e 3) e, embora eles não tenham sendo adotados na prática clínica de rotina, são úteis para fins de pesquisa.

FONTE: MULHALL, John P.; STAHL, Peter J.; STEMBER, Doron S. **Clinical care pathways in andrology**. Springer New York, 2014.

9.3. ANEXO 3: Termo De Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) 1ª Versão

INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULATÓRIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA DE ANÁPOLIS (GO).

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa “Incidencia e prevalencia da disfunção erétil e ejaculatória em estudantes de medicina na cidade de Anápolis (GO)”.

Desenvolvida por Augusto Wagner Santos Nunes, Augusto Marquezam Brito Abrahão, Bruno Daniel Pereira, Gabriel Aurélio Camargo e Silva, Gabriel Rodrigues Ala, discentes da Graduação em Medicina do Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA, sob orientação do Professor Diego Antonio Calixto de Pina Gomes Mello .”

O objetivo central do estudo é: Identificar a incidência e a prevalência da disfunção erétil e ejaculatória em estudantes de medicina de Anápolis (GO).

O convite a sua participação se deve ao motivo de estar matriculado no Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, cursando o curso de Medicina, entre o primeiro e oitavo período podendo ter 18 ou mais anos de idade sendo do sexo masculino, tendo iniciado a vida sexual.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas não divulgando, em hipótese nenhuma, o seu nome, pois a análise do projeto de pesquisa será executada mediante a Resolução 466/2012 do CNS (Conselho Nacional de Saúde), na qual estão presentes as diretrizes e normas que regulamentam pesquisas que envolvam seres humanos. Essa resolução resguarda os referenciais básicos da bioética: beneficência, autonomia, justiça e não maleficência.

Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro, em posse dos pesquisadores por cinco anos, contados a partir da aprovação do estudo e após essa data serão incinerados. O risco mais provável, no presente estudo, seria o de identificação e exposição de dados pessoais dos participantes. Com o objetivo de minimizar tal dano, os questionários serão isentos de identificação por nome, RG ou CPF, exceto o TCLE que será mantido em sigilo, e serão manuseados por códigos, para que não seja possível o seu reconhecimento.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo. Não será feita qualquer identificação do participante no trabalho, exceto nos casos em que o participante manifeste desejo que seu nome ou de sua instituição conste no trabalho.

A sua participação consistirá em responder um questionário online. O questionário será enviado via Google forms, onde haverá somente perguntas que se relacionem com o tema proposto e deverão ser respondidas com máxima precisão, sendo que somente aqueles que quiserem participar e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O tempo de duração do questionário é de aproximadamente oito minutos.

Os questionários serão analisados e armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos os pesquisadores e seu orientador. Eles ficarão sob tutela dos pesquisadores por cinco anos, computados a partir da data de aprovação pelo CEP. Ao fim desse período, serão incinerados. É importante ressaltar que os participantes serão identificados por códigos para que não conste na pesquisa e não sejam identificados, exceto o TCLE, que ficará em sigilo.

Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos, conforme Resolução 466/12 e orientações do CEP/UniEVANGÉLICA.

O benefício (direto ou indireto) relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa é o de conhecer a origem do problema sexual que o atinge, assim como possíveis distúrbios e sintomas que poderão aparecer em determinadas situações.

Os resultados da pesquisa serão publicados em congressos, simpósios, jornadas acadêmicas e em literatura científica e/ou revistas da área. Em consenso com as normas éticas, estão assegurados anonimato e sigilo dos dados apurados.

Assinatura do Pesquisador Responsável – (Inserção na) UniEVANGÉLICA

Contato com o(a) pesquisador(a) responsável: Augusto Wagner Santos Nunes (62) 996924521 ou (62) 9090 996924521 (caso deseje não ser cobrado pela ligação)

Endereço: Avenida Universitária, Km 3,5 Cidade Universitária – Anápolis/GO CEP: 75083-580

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA

Eu, _____ CPF nº _____, abaixo assinado, concordo voluntariamente em participar do estudo acima descrito, como participante.

Declaro ter sido devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador _____ sobre os objetivos da pesquisa, os

procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios envolvidos na minha participação. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas e recebi telefones para entrar em contato, a cobrar, caso tenha dúvidas. Fui orientado para entrar em contato com o CEP - UniEVANGÉLICA (telefone 3310-6736), caso me sinta lesado ou prejudicado. Foi-me garantido que não sou obrigado a participar da pesquisa e posso desistir a qualquer momento, sem qualquer penalidade. Recebi uma via deste documento.

Anápolis, ____ de _____ de 20____, _____

Assinatura do participante da pesquisa

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____ Assinatura: _____

Nome: _____ Assinatura: _____

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UniEVANGÉLICA:

Tel e Fax - (0XX) 62- 33106736

E-mail: cep@unievangelica.edu.br

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

9.4. ANEXO 4: Parecer do Conselho de Ética e Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: INCIDÊNCIA E PREVALÊNCIA DA DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULATÓRIA EM ESTUDANTES DE MEDICINA NA CIDADE DE ANÁPOLIS (GO)

Pesquisador: DIEGO ANTONIO CALIXTO DE PINA GOMES MELLO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 40183420.3.0000.5076

Instituição Proponente: Centro Universitário de Anápolis - UniEVANGÉLICA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.461.876

Apresentação do Projeto:

Informações retiradas do PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1664040.pdf e do PROJETO.docx

Resumo

A disfunção sexual é um distúrbio que tem por característica se pronunciar com o avançar da idade e dos fatores sociais e pessoais que envolve o indivíduo. Dentre as principais disfunções sexuais encontra-se a disfunção erétil e a ejaculação precoce como as mais prevalentes, sendo estas determinadas por vários fatores predisponentes de tais patologias, como fatores orgânicos e psicológicos. Nesse sentido, espera-se que mesmo os estudantes de medicina, que normalmente representam uma população jovem e saudável, devido a fatores como o estresse físico, emocional e mental proporcionadas por sua rotina, podem acabar afetando a sua sexualidade, tornando-os possíveis vítimas da disfunção sexual. Esses transtornos sexuais podem impactar negativamente na vida de um estudante universitário de medicina, prejudicando sua qualidade de vida e até gerar doenças mentais. Dessa forma, o presente estudo tem por objetivo identificar a incidência e a prevalência da disfunção erétil e ejaculatória em estudantes homens de medicina da escola médica da cidade de Anápolis (GO) relacionando fatores predisponentes e de rotina dessa população. Trata-se de um estudo primário, observacional, de prevalência, transversal, descritivo e quantitativo. Como instrumento de coleta de dados serão aplicados dois questionários aos

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br



Continuação do Parecer: 4.461.876

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1664040.pdf	18/11/2020 10:58:49		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	18/11/2020 10:58:34	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	18/11/2020 10:58:16	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE1.pdf	18/11/2020 10:55:09	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	18/11/2020 09:49:23	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Outros	IIEF5.pdf	16/11/2020 19:07:46	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Outros	IELT.pdf	16/11/2020 19:07:18	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Outros	Cartilha.pdf	16/11/2020 19:06:04	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	16/11/2020 19:04:02	Augusto Wagner Santos Nunes	Aceito

Situação do Parecer:

Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

ANAPOLIS, 14 de Dezembro de 2020

Assinado por:
Constanza Thaise Xavier Silva
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Universitária, Km 3,5
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 75.083-515
UF: GO **Município:** ANAPOLIS
Telefone: (62)3310-6736 **Fax:** (62)3310-6636 **E-mail:** cep@unievangelica.edu.br

10. APÊNDICE

10.1. APÊNDICE 1: Questionário Personalizado de Ejaculação Precoce (IELT)

Questionário Personalizado de Ejaculação Precoce (IELT)

- 1- Você já teve alguma relação sexual?
Sim ou não

- 2- Você já teve uma relação sexual em que o seu tempo de ejaculação foi menor que 1 (um) minuto e considerado antes do desejado?
Sim ou não

- 3- Essa ejaculação precoce ocorre desde a primeira atividade sexual? Com qual frequência?
 - A) Não
 - B) Sim, ocorreu apenas na primeira relação sexual
 - C) Sim, ocorreu também em ocasiões específicas
 - D) Sim, ocorre com frequência

- 4- Você já teve alguma relação sexual com tempo de ejaculação normal (maior que 1 minuto) antes do episódio de ejaculação precoce?
Sim ou não

- 5- Em caso de “sim” na pergunta anterior, você considera que teve algum fator estressante para condicionar a ejaculação precoce?
 - A) Cansaço físico
 - B) Uso de medicamentos
 - C) Ansiedade
 - D) Não houve fator condicionante
 - E) Outros

Se outros ou uso de medicamentos cite quais:

- 6- Com que frequência ocorre episódios de ejaculação precoce?
 - A) Apenas uma vez
 - B) Menos da metade das relações sexuais
 - C) Mais da metade das relações sexuais
 - D) Todas as relações sexuais

10.2. APÊNDICE 2: Cartilha Informativa

DISFUNÇÃO ERÉTIL E EJACULATÓRIA

DEFINIÇÃO

A disfunção erétil (DE) define-se pela incapacidade contínua em obter e manter uma ereção que permita atividade sexual

A ejaculação precoce configura-se como a incapacidade do controle ejaculatório suficiente, que garanta satisfação no ato sexual

FATORES DE RISCO



Sedentarismo, idade avançada, obesidade, tabagismo, doenças cardiovasculares, ansiedade, depressão, drogas ilícitas e predisposição genética

TRATAMENTO

- Abordagem psicológica e psicoterápica
- Inibidores de fosfodiesterase tipo 5
- Uso de antidepressivos e ansiolíticos



O PRIMEIRO PASSO É RECONHECER O PROBLEMA

Não há nada para se envergonhar, é um problema muito comum que quanto mais cedo reconhecido, mais fácil será resolver

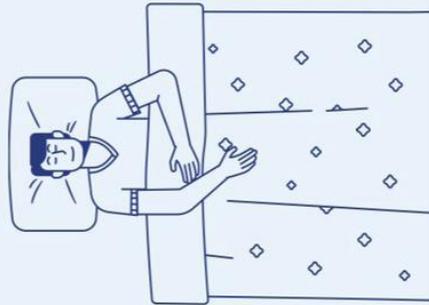


DESCOBRIR O QUE LEVOU AO PROBLEMA

Como listado, há diversas causas que originam esse quadro, deve-se achá-las para nortear a conduta

SEGUIR O TRATAMENTO

Além dos medicamentos, mudanças nos hábitos como cessar tabagismo, melhorar a qualidade do sono mostram-se extremamente benéficos



BUSQUE SEMPRE AJUDE MÉDICA OU PSICOLÓGICA

A automedicação ou o não tratamento podem perpetuar essa comorbidade e trazer diversas sequelas físicas e emocionais



FONTE: WESPES, E. et al. Orientações sobre disfunção sexual masculina: disfunção erétil e ejaculação prematura. Eur Urol, v. 41, n. 1, p. 1-5, 2002.